



Ana Costa Saúde
Sempre evoluindo para acompanhar você

Proposta Contratual para Beneficiários Pessoa Jurídica

Contrato nº

Nº da Proposta Contratual

Lei nº 9.656,
de 3/6/1998

Avenida Ana Costa, 468 – Gonzaga – Santos – SP – 11060-000 – CNPJ: 02.864.364/0001-45

V.2007

Folha 1/2

Para qualquer informação, ligue: (13) 3285-1200

Dados da Empresa Contratante*

CNPJ	Razão Social
Continuação (Razão Social)	
Nome Fantasia	

Plano de Assistência Médica

Código do Produto	Nome do Produto
-------------------	-----------------

Dados do Titular Beneficiário

CPF do Titular*	Nome Completo e sem Abreviações*				
Continuação (Nome Completo e sem Abreviações)					
Nº Cartão Nacional de Saúde			Nº Declaração de Nascido Vivo (exigível para os nascidos a partir de 1/1/2010)		
Nome Completo e sem Abreviações da Mãe do Titular*					
PRC JR	Estado Civil: <input type="checkbox"/> solteiro <input type="checkbox"/> casado <input type="checkbox"/> separado <input type="checkbox"/> viúvo <input type="checkbox"/> divorciado <input type="checkbox"/> outros				
Data de Nascimento*	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Haverá Inclusão de Dependentes no Contrato? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não		

Endereço Residencial*

CEP		Logradouro				
Logradouro (continuação)			Número	Complemento		
Bairro			Município		UF	
DDD	Telefone Residencial	DDD	Telefone Celular	DDD	Telefone Comercial	Ramal
E-mail*						

*Campos obrigatórios conforme exigência da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Assinatura do Representante da Empresa Contratante

Rubrica do Proponente Responsável

1ª via: Ana Costa Saúde; 2ª via: contratante.

Dados dos Dependentes/Beneficiários

1	CPF*		Nome Completo e sem Abreviações*			
	Continuação (Nome Completo e sem Abreviações)					
	Nº Cartão Nacional de Saúde			Nº Declaração de Nascido Vivo (exigível para os nascidos a partir de 1/1/2010)		
	PRC JR	Estado Civil: <input type="checkbox"/> solteiro <input type="checkbox"/> casado <input type="checkbox"/> separado <input type="checkbox"/> viúvo <input type="checkbox"/> divorciado <input type="checkbox"/> outros				
	Data de Nascimento*	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Grau de Parentesco: <input type="checkbox"/> cônjuge <input type="checkbox"/> filho/filha <input type="checkbox"/> outros _____			
	Nome Completo e sem Abreviações da Mãe do Dependente/Beneficiário*					
	E-mail*					
2	CPF*		Nome Completo e sem Abreviações*			
	Continuação (Nome Completo e sem Abreviações)					
	Nº Cartão Nacional de Saúde			Nº Declaração de Nascido Vivo (exigível para os nascidos a partir de 1/1/2010)		
	PRC JR	Estado Civil: <input type="checkbox"/> solteiro <input type="checkbox"/> casado <input type="checkbox"/> separado <input type="checkbox"/> viúvo <input type="checkbox"/> divorciado <input type="checkbox"/> outros				
	Data de Nascimento*	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Grau de Parentesco: <input type="checkbox"/> cônjuge <input type="checkbox"/> filho/filha <input type="checkbox"/> outros _____			
	Nome Completo e sem Abreviações da Mãe do Dependente/Beneficiário*					
	E-mail*					
3	CPF*		Nome Completo e sem Abreviações*			
	Continuação (Nome Completo e sem Abreviações)					
	Nº Cartão Nacional de Saúde			Nº Declaração de Nascido Vivo (exigível para os nascidos a partir de 1/1/2010)		
	PRC JR	Estado Civil: <input type="checkbox"/> solteiro <input type="checkbox"/> casado <input type="checkbox"/> separado <input type="checkbox"/> viúvo <input type="checkbox"/> divorciado <input type="checkbox"/> outros				
	Data de Nascimento*	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Grau de Parentesco: <input type="checkbox"/> cônjuge <input type="checkbox"/> filho/filha <input type="checkbox"/> outros _____			
	Nome Completo e sem Abreviações da Mãe do Dependente/Beneficiário*					
	E-mail*					

***Campos obrigatórios conforme exigência da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).**

Declarações de Ciência **1** Declaro que recebi o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS) e estou de acordo com seus termos e, portanto, passo a assinar a presente proposta contratual. **2** Declaro que tenho ciência de que a rede credenciada contratada definida pelo tipo de plano contratado e suas atualizações estarão disponíveis no site www.anacostasaude.com.br. **3** Declaro que tenho ciência de que o Rol de Procedimentos Médicos tem sua atualização sob responsabilidade da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e está disponível no site www.ans.gov.br e acessível por meio do site www.anacostasaude.com.br. **4** Declaro que tenho ciência de que os procedimentos que necessitam de autorização prévia e as normas administrativas para sua solicitação de cobertura estão disponíveis no site www.anacostasaude.com.br. **5** Tenho ciência de que a Guia de Leitura Contratual (GLC) será entregue junto com o cartão de identificação do beneficiário titular e estará disponível no site da operadora para qualquer necessidade de consulta. **6** Declaro que a Ana Costa Saúde apresentou como primeira opção de contratação o Plano Referência, que possui, entre as suas características, cobertura para internação em padrão enfermagem e a cobertura integral para todos os eventos não preexistentes caracterizados nos termos da Lei nº 9.656/98 como urgência e emergência, a partir de 24 horas de vigência contratual.

Assinatura do Representante da Empresa Contratante

Rubrica do Proponente Responsável

1ª via: Ana Costa Saúde; 2ª via: contratante.